

Waleska de Araújo Aureliano
Universidade Federal de Santa Catarina

“... e Deus criou a mulher”: reconstruindo o corpo feminino na experiência do câncer de mama

Resumo: As mulheres atingidas pelo câncer de mama passam, a partir da experiência da enfermidade, a travar novas relações com o corpo modificado pela cirurgia de mama (mastectomia), que provoca profundas alterações corporais. Considerando as representações simbólicas e sociais que envolvem o corpo da mulher e a associação das mamas à feminilidade, à sexualidade e à maternidade, pretendo discutir neste artigo como a ideia do corpo feminino e dos papéis sociais associados a ele foi histórica, social e culturalmente construída em nossa sociedade, como essa representação é percebida e reelaborada pela mulher mastectomizada e quais os discursos e visões (muitas vezes ambíguos) que passam a ser utilizados para a compreensão desse corpo após a experiência da doença. A pesquisa foi realizada com mulheres de dois grupos de ajuda mútua na cidade de Campina Grande, PB.

Palavras-chave: câncer de mama; corpo feminino; saúde da mulher.

Copyright © 2009 by Revista
Estudos Feministas.

Introdução – Para além das estatísticas sobre o câncer de mama

O câncer de mama é o mais comum entre as mulheres e o segundo mais comum depois do câncer de pele. A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que, por ano, em todo o mundo são diagnosticados mais de um milhão de novos casos da doença e mais da metade deles ocorrem em países desenvolvidos. Segundo o Instituto Nacional do Câncer,¹ o câncer de mama seria o segundo mais incidente entre a população feminina no Brasil, apresentando, aproximadamente, 50 mil casos novos a cada ano. Informações processadas pelos Registros de Câncer de Base Populacional (RCBP), disponível em 16 cidades brasileiras, mostraram que na década de 1990 este foi o câncer mais frequente no país.

¹ INCA, 2004.

² Em uma busca pelo portal da CAPES – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior em dezembro de 2005, foram encontradas 316 teses/dissertações que tratavam do tema “câncer de mama”, mas destas apenas quatro estavam relacionadas ao campo das Ciências Sociais: Ana FERNANDES, 1992; Thaís BRITO, 2001; Michele PINTO, 2001, e Fabíola SOUZA, 2002. Vale também salientar aqui uma monografia de especialização em Antropologia: Janaína CARVALHO, 2002. Em pesquisa mais recente, realizada no site da Biblioteca Virtual em Saúde (www.bireme.br), em janeiro de 2008, ao selecionar as palavras “câncer de mama” foram localizados 4.552 artigos que tratavam do tema. Ao refinar a pesquisa incluindo a palavra “cultural” na busca, o total de arquivos apresentados caiu para 25. Na base do LILACS – Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde, encontrei apenas 12 referências sobre abordagens que considerassem aspectos socioculturais na análise da doença. No entanto, as pesquisas eram nas áreas de Enfermagem, Psicologia ou Saúde Pública. Na base do Scielo – Scientific Electronic Library Online, apenas sete ocorrências foram localizadas, mas também nenhuma delas especificamente na área das Ciências Sociais e quatro delas eram as mesmas apresentadas na base do LILACS.

³ SONTAG, 1984; CANNON, 1989; GORDON, 1990; LOCK, 1998; GIBBON, 2004; e KLAWITER, 2004.

⁴ AURELIANO, 2006.

⁵ Fabíola ROHDEN, 2001; Elizabeth VIEIRA, 2002; Maria Izilda MATOS, 2003.

Apesar da expressividade dos números, o câncer de mama, como uma doença, tem sido pouco abordado nas Ciências Sociais no Brasil.² A produção em língua estrangeira sobre o tema, dentro da área, é um pouco mais numerosa e, dentre as autoras que trabalharam diretamente com a temática do câncer de mama e suas representações sociais, podemos citar Susan Sontag, Sue Cannon, Deborah Gordon, Margaret Lock, Sahra Gibbon e Maren Klawiter.³ Porém, ao estudar o câncer de mama, um leque muito grande de possibilidades teóricas se abre para o pesquisador, e não apenas a doença emerge na configuração do campo de pesquisa: as questões envolvendo corpo, gênero e saúde tornam-se indissociáveis nos estudos sobre mulheres com câncer de mama, pois todo o contexto de significação da doença está intimamente ligado à questão do corpo feminino, da representação social que ele envolve, estando a mama associada à sexualidade, à maternidade e à feminilidade da mulher, de modo que, algumas das primeiras questões que me vieram à mente ao iniciar minha pesquisa de mestrado⁴ com mulheres mastectomizadas foram: como foi construída essa representação do corpo feminino? Como e quando surgiram e se consolidaram em nossa sociedade as diferenciações simbólicas entre os corpos tal como as percebemos hoje? Que discursos e instituições operaram e operam na construção dos corpos em sociedade? Em suma, como ‘criou-se a mulher’? Como foram criadas as representações sobre seu corpo e a carga simbólica atribuída às mamas nesse processo.

Ao investigar a construção histórico-cultural do corpo feminino no Ocidente, vemos que a contribuição da biomedicina nesse processo foi crucial não apenas para definição do sujeito-mulher, mas também para definição de papéis sociais atribuídos à mulher em função da sua anatomia. Temos toda uma história social da medicalização e do controle do corpo feminino no Ocidente.⁵ Esses trabalhos nos mostram como o corpo da mulher foi (e é) construído dentro de discursos médico-morais que circunscrevem a mulher dentro de uma ‘natureza feminina’ através dos ‘aspectos biológicos’ que a distinguiria definitivamente do homem: a menstruação e a gestação. O biológico seria, nesses discursos, o fator determinante da ‘personalidade feminina’, impossível de ser outra, mas suscetível de controle e ajustamento através da ‘educação das mulheres’ e da construção moral por meio das suas ‘funções naturais’ como a maternidade.

Assim, pretendo discutir neste artigo como a ideia do corpo feminino e dos papéis sociais associados a ele foi histórica, social e culturalmente construída em nossa sociedade, como essa representação é percebida e

reelaborada pela mulher mastectomizada e quais os discursos e visões (muitas vezes ambíguos) que passam a ser utilizados para a compreensão desse corpo após a experiência da doença.

A pesquisa foi realizada com mulheres de dois grupos de ajuda mútua na cidade de Campina Grande, PB. Um dos grupos pesquisados era, na verdade, um grupo de fisioterapia localizado no hospital público da Fundação Assistencial da Paraíba (FAP), sendo parte complementar do tratamento pós-cirúrgico do câncer de mama naquela instituição. A prática da ajuda mútua desenvolveu-se ali de maneira espontânea entre as pacientes, sendo, no entanto, bastante estimulada pela terapeuta. Já o segundo grupo pesquisado, chamado Amigas e Amigas, era claramente um grupo de apoio à mulher mastectomizada, porém não estava ligado a nenhuma instituição médica, embora tenha sido fundado por uma mastologista e uma fisioterapeuta. Ambas vieram a ter câncer de mama após a criação do grupo.

Pesquisar questões ligadas ao corpo já constitui uma dificuldade em si, já que a maioria de nós não se sente confortável para falar sobre o próprio corpo. Como falar de suas sensações? De suas intensidades? Este é um dos problemas antropológicos da experiência do corpo e da doença. Em sua pesquisa com mulheres em fase de tratamento contra o câncer de mama, Cannon⁶ expõe as dificuldades de se trabalhar com a natureza emotiva desse campo. Procurei trabalhar as emoções envolvidas no campo, adotando uma metodologia que me permitisse chegar às mulheres de maneira menos invasiva, conquistando a confiança delas aos poucos e respeitando os limites daquelas que, mesmo depois de algum tempo de cirurgia, não conseguiam falar sobre ‘o seu problema’ de maneira individual. No caso dos limites e dificuldades de exposição, o primeiro procedimento metodológico, a observação participante, desenvolvida nos espaços dos grupos, foi de suma importância para captar as vozes daquelas que falavam para todas, mas não pretendiam falar de si em entrevista particular.⁷ A participação nos grupos foi realizada entre agosto de 2003 e dezembro de 2005 no grupo da FAP, e de maio de 2004 a dezembro de 2005 no Amigas e Amigas. No grupo da FAP foram observados 42 encontros; e no Amigas e Amigas, nove encontros.⁸

Questionários foram aplicados com 35 mulheres para se ter um panorama geral de como foi o tratamento da mulher vítima de câncer de mama e o seu contato inicial com o grupo de ajuda mútua, e também serviu de apoio para fazer uma seleção daquelas que seriam efetivamente entrevistadas para a pesquisa. Por fim, foram realizadas

⁶ CANNON, 1989.

⁷ Não havia uma dinâmica particular para a expressão das mulheres nos grupos estudados. O compartilhamento da experiência da doença se dava de forma espontânea entre elas através de conversas informais e questionamentos feitos às coordenadoras dos grupos durante as reuniões.

⁸ Essa discrepância entre os números de encontros observados em cada grupo se dá pelo fato de os encontros do grupo da FAP serem realizados duas vezes por semana, enquanto no Amigas e Amigas os encontros eram mensais e entre 2003 e 2004 não foram realizados de modo regular. Muitos deles foram cancelados e adiados devido ao afastamento das coordenadoras do grupo para tratamento de saúde.

⁹ Algumas das falas aqui apresentadas foram colhidas da observação nos grupos, mas a maior parte foi extraída das entrevistas individuais.

entrevistas semiestruturadas com 11 mulheres dos dois grupos: quatro delas participavam apenas do Amigas e Amigas, quatro participavam apenas do grupo da FAP, duas participavam dos dois grupos e uma delas, apesar de participar efetivamente apenas do Amigas e Amigas, tinha um contato estreito com o grupo da FAP por ser voluntária da instituição. Também se realizaram entrevistas com as coordenadoras dos dois grupos.⁹

A 'criação' da mulher: notas sobre a construção do corpo feminino no Ocidente

Para compreender as representações sociais e simbólicas que envolvem o corpo da mulher, faz-se necessária uma breve discussão teórica a respeito da construção histórica dos discursos sobre o corpo feminino e a criação e instituição de certos papéis femininos presentes ainda hoje em nossa sociedade. A partir de uma análise da normatização dos corpos nas sociedades ocidentais, destaco o papel da medicina nessa operação, sobretudo através dos discursos sobre a medicalização do corpo feminino na Europa e no Brasil a partir dos séculos XVIII e XIX, respectivamente, por entender que a voz da biomedicina continua a ser uma das mais ouvidas no que se refere à criação de normas, padrões e condutas sobre os corpos, não sem gerar releituras, resistências e conflitos.

Antes, porém, devo fazer uma observação com relação ao termo "mama" que será utilizado constantemente neste trabalho. De fato, minhas informantes normalmente não falavam de "suas mamas", mas de "seus peitos", embora também pudessem fazer uso das palavras "mama" ou "seio". O termo "mama" merece uma crítica se pensarmos que ele funciona como terminologia apropriada ao discurso médico (dificilmente um médico dirá "vamos operar o seu peito") e que tende a neutralizar o aspecto sexual que carregaria a palavra "peito" comumente usada pelas mulheres. Byron Good¹⁰ vai analisar a construção do objeto da medicina partindo da análise da formação do biomédico. Nesse processo formativo, o autor analisa como os estudantes aprendem a ver, escrever e falar sobre doenças e doentes, observando os parâmetros de uma linguagem e de um treinamento próprios da sua formação. Essa linguagem estaria bastante centrada na biologia humana com o objetivo de materializar a doença num órgão, num tecido, num corpo, mas não exatamente na pessoa. O estudante de medicina é treinado para ver uma doença sem corpo ou um corpo modificado, desmembrado em partes e afastado dos elementos subjetivos que envolvem a pessoa doente.

¹⁰ GOOD, 1994.

Para isso, é preciso reconstruir o sujeito biomédico. Ele não pode ver ou falar sobre um corpo ou uma doença com a mesma linguagem do senso comum: a biomedicina detém seus códigos e a construção desse profissional exige uma reconstrução do sujeito dentro de um novo universo sociocultural que é o da biomedicina.

Diante disso, podemos pensar que o termo “mama” estaria naturalizando essa parte do corpo feminino, aliviando o caráter sexual-subjetivo colocado pelo câncer de mama, para colocá-lo tão objetivamente como o câncer de pulmão, rim, bexiga, etc., que seriam partes importantes do corpo, mas que não estão permeadas de símbolos ligados à sexualidade, algo profundamente íntimo e cercado de tabus. Entretanto, estou optando pelo uso de “mama” por entender que o conteúdo do trabalho como um todo não se apresenta de forma a naturalizar tais questões e ciente de que não estou trazendo para meu texto concepções médicas objetivantes sobre o câncer de mama. Além disso, nas falas das mulheres reproduzidas no meu trabalho, evidentemente que respeitei o termo por elas escolhido para falarem dos seus corpos.

Segundo Marcel Mauss, “o corpo é o primeiro e o mais natural instrumento do homem. Ou, mais exatamente, sem falar de instrumento: o primeiro e o mais natural objeto técnico, e ao mesmo tempo meio técnico, do homem, é o seu corpo”.¹¹ Dentre os princípios de classificação das técnicas corporais, Mauss aponta para uma divisão das técnicas do corpo entre os sexos e sua variação com as idades. Homens fechariam o punho de uma determinada maneira que, se fosse ensinada às mulheres, elas teriam dificuldades em aprendê-la, segundo o autor. Do mesmo modo, as idades impactariam nas técnicas do corpo: um idoso não pode agachar-se como uma criança, e mesmo pessoas de idades próximas não teriam a mesma habilidade para se agacharem, pois tal técnica estaria difundida de maneira diferente nas diferentes culturas. Mauss não esquece de citar a função da aprendizagem e da tradição para a transmissão das técnicas corporais, quando elas se constituem como um hábito, adquirido e vivido pelas pessoas. As observações de Mauss nos são interessantes para compreender os usos sociais do corpo e para analisar a transmissão das práticas corporais nos mais comuns atos da vida humana, tais como o comer, o andar, o dormir, etc. Todas são atividades biologicamente comuns aos humanos, mas representadas e realizadas distintamente nas diferentes épocas e culturas.

Na análise das técnicas corporais, o sentido dado por Mauss ao termo “adestramento” como sendo algo que “os homens praticaram voluntariamente a si mesmos e a

¹¹ MAUSS, 2003, p. 407.

¹² MAUSS, 2003, p. 410.

“seus filhos”¹² ganha nova perspectiva quando observado sob a ótica foucaultiana. Analisando o período histórico (centrado na cultura ocidental) que vai do século XVII ao XIX, Michel Foucault nos mostra como se construíram os “corpos dóceis”, corpos adestrados e modelados na disciplina dos exércitos, das prisões e das escolas. O modo de marchar, a maneira de escrever, a postura do corpo, todos esses elementos ultrapassaram os muros institucionais para constituir um modelo a ser aplicado aos corpos em sociedade, pois, como diz Foucault, “é dócil um corpo que pode ser submetido, que pode ser utilizado, que pode ser transformado e aperfeiçoado [...] em qualquer sociedade, o corpo está preso no interior de poderes muito apertados, que lhe impõem limitações, proibições e obrigações”.¹³ No entanto, isso não significa que não há resistências disputando com os discursos normatizadores que se desenvolvem dentro dos processos sociais de ação sobre os corpos.

Dentre as instituições disciplinadoras dos corpos, estaria também a medicina. Ao analisar o período de formação do que chamamos de medicina social, especificamente entre os séculos XVIII e XIX, Foucault¹⁴ nos mostra como se realizou a trajetória da disciplinarização da medicina enquanto saber científico a partir de sua atuação política na formação dos Estados europeus (sobretudo o alemão), no exercício de uma medicina urbana que tratasse dos problemas gerados pela crescente urbanização das cidades (analisando o caso da França) e medicalização dos pobres, utilizada como instrumento de controle das classes trabalhadoras (o caso da Inglaterra). Era uma medicina que se dispunha a cuidar dos indivíduos através de uma atuação assistencialista destinada aos pobres, e da população através do controle das epidemias, vacinação, higienização das cidades, etc. Assim, aquele que seria o representante maior da medicina – o médico – foi investido de poderes para gerir e deliberar não apenas sobre a saúde dos indivíduos, mas também sobre a forma como eles se organizavam e viviam socialmente:

Acerca da sociedade, de sua saúde e suas doenças, de sua condição de vida, de sua habitação e de seus hábitos, começa a se formar um saber médico-administrativo que serviu de núcleo originário à ‘economia social’ e à sociologia do século XIX. E constitui-se, igualmente, uma ascendência político-médica sobre uma população que se enquadra com uma série de prescrições que dizem respeito não só à doença, mas às formas gerais da existência e do comportamento (a alimentação e a bebida, a sexualidade e a fecundidade, a maneira de se vestir, a disposição ideal do *habitat*).¹⁵

¹³ FOUCAULT, 2000, p. 202.

Esse poder disciplinador da medicina, verificado, segundo Foucault, nas mais diversas instâncias sociais, ditando comportamentos e ações, não poderia deixar de estar presente na construção mesma dos corpos humanos para além da sua *fiscalidade*, na determinação de uma *conduta corporal* e de uma *moral dos corpos*, tanto para os homens quanto para as mulheres. Porém, considerando-se que a produção do conhecimento médico-científico durante a consolidação da medicina enquanto ciência foi essencialmente masculina, os discursos sobre o corpo da mulher e sua medicalização estão carregados de uma moral que coloca a mulher como ser primordialmente ‘natural’ e ‘orgânico’ em oposição ao homem, um ser ‘cultural’ e ‘histórico’.¹⁶

¹⁶ MATOS, 2003.

¹⁷ VIEIRA, 2002.

Vieira,¹⁷ analisando os discursos das escolas médicas brasileiras do século XIX, nos mostra como se consolida a figura do médico e do saber que ele representa a partir da necessidade de higienização das grandes cidades brasileiras que passaram por transformações nesse período com o crescimento demográfico. O discurso médico propôs o controle da periculosidade sanitária (higienização das cidades), o saneamento dos espaços públicos e a ordenação da vida familiar. Neste último aspecto, a mulher foi chamada a cumprir um papel que, segundo a medicina do século XIX, estaria de acordo com a sua ‘natureza’. A mulher passou a ser valorizada como esposa e mãe e adquiriu maior poder de atuação dentro do lar, no espaço privado, a partir do momento em que foi colocada para ela a atribuição do cuidado dos filhos e da administração do espaço doméstico. Ela se tornou a primeira e mais importante aliada da medicina na execução dos controles relacionados à manutenção da saúde nos lares, sobretudo nas ações que dizem respeito ao controle da mortalidade infantil.¹⁸ Matos, analisando o discurso médico paulista sobre as representações do corpo feminino e masculino em fins do século XIX e início do século XX, observa que

Os médicos viam a mulher como produto de seu sistema reprodutivo, base de sua função social e de suas características comportamentais: o útero e os ovários determinariam a conduta feminina desde a puberdade até a menopausa, bem como o seu comportamento emocional e moral, produzindo um ser incapaz de raciocínios longos, abstrações e atividade intelectual, mais frágil do ponto de vista físico e sedentário por natureza; a combinação desses atributos, aliada à sensibilidade emocional, tornava as mulheres preparadas para a procriação e a criação dos filhos.¹⁹

¹⁸ Para uma análise mais aprofundada sobre o papel da medicina no processo histórico de construção da família no Ocidente e sua relação com as mulheres, ver Philippe ARIÈS, 1978, e Jacques DONZELOT, 1986.

¹⁹ MATOS, 2003, p. 114-115.

Essa determinação biológica da mulher a inscrevia no espaço privado do lar e das funções maternais e domésticas. Sua ‘natureza emotiva’ seria ideal para gerar e cuidar dos filhos. A maternidade aparece nos discursos como uma ‘obrigação biológica’; não é uma escolha, mas uma determinação orgânica. Por outro lado, o homem é lançado na esfera pública; sua ‘natureza’ lhe permitiria ser um ser social e intelectual. Não estando determinado pelas funções procriativas, embora seja parte essencial dela, o homem é lançado no universo ‘racionalizado’ da cultura e, não tendo útero nem ovários, poderá desenvolver plenamente sua capacidade intelectual. A mulher estaria destinada ao ambiente privado do lar; seu mundo seria o *mundo natural* dos afetos, do corpo e do sexo. Ao homem caberia atuar na esfera da vida pública, já que pertenceria ao *mundo cultural* do trabalho, do dinheiro e da ciência.²⁰ Assim, os discursos médicos ocidentais dos séculos XVIII, XIX e do início do século XX engendravam e encerravam a mulher dentro de ‘sua biologia’, recortando e minimizando as suas possibilidades de se pensar como sujeito cultural plenamente autônomo, além de definir papéis sociais e determinar os usos do seu corpo em função do seu sistema reprodutor, provocando uma alienação da mulher em relação ao seu próprio corpo. Na perspectiva de Martin,²¹ a fragmentação e a alienação do corpo feminino realizadas pelos saberes médicos são bastante atuais. Analisando a impressão de mulheres norte-americanas sobre certos tratamentos e procedimentos médicos, Martin nos mostra que o exame ginecológico, por exemplo, e o modo como ele é realizado constituem uma fragmentação do corpo feminino, pois toda a preparação para a realização do exame separa a mulher de sua genitália e daquele que a examina. A vagina seria ‘objetificada’ nesse momento, porém as sensações que as mulheres entrevistadas por Martin descrevem sobre o primeiro exame ginecológico são de extremo desconforto, um sentimento de ‘invasão’ e constrangimento da intimidade.²²

Com relação específica à construção simbólica em torno das mamas no que diz respeito às representações sobre a maternidade e feminilidade, o interessante artigo de Londa Schiebinger²³ nos mostra as origens históricas e sociais da definição do termo “mamífero”. Em 1758, o cientista Carolus von Linnaeus apresentou o termo “*mammalia*” na taxonomia zoológica para definir a classe de animais que compreendia os humanos, macacos, elefantes, baleias, morcegos e todos os outros organismos que possuíssem pelos, três ossos no ouvido e um coração com quatro cavidades. Desse modo, Linnaeus tornou a mama das fêmeas o ícone dessa classe de animais que até hoje denominamos mamíferos. A nova nomenclatura teria, segundo a autora, causado embates e

²⁰ Cf. Emily MARTIN, 2006.

²¹ MARTIN, 2006.

²² MARTIN, 2006, p. 128-129.

²³ SCHIEBINGER, 1994.

críticas contra seu autor – os opositores argumentavam que outro termo poderia ter sido escolhido para definição desses organismos, já que as mamas só possuíam funcionalidade em parte dos seres dessa classe, as fêmeas, e por um determinado período de tempo (durante a lactação), podendo ainda não apresentar nenhuma funcionalidade orgânica se não houvesse gestações e partos durante a vida da fêmea.

Schiebinger analisa, então, o momento histórico-cultural durante o qual Linnaeus desenvolve o termo “*mammalia*” e nos mostra que

Havia também tendências políticas mais imediatas e urgentes que levaram Linnaeus a focar a atenção científica nas mamas. Linnaeus venerou o seio maternal em um momento em que médicos e políticos tinham começado a exaltar as virtudes do leite materno. [...] Linnaeus estava envolvido na luta contra as amas de leite, uma luta que emergiu ao lado e em conformidade com realinhamentos políticos que minavam o poder público das mulheres e anexavam um novo valor aos seus papéis domésticos.²⁴

À época do desenvolvimento do termo, apresentava-se na Europa um movimento político-médico-moral de valorização da figura da mulher como responsável pelos cuidados dos filhos e organicamente determinada à maternidade, como já vimos na análise de outros autores aqui citados. Unir a esse discurso uma definição científica para classificação da espécie reforçava mais ainda a ligação da mulher ao mundo ‘natural’ e ‘orgânico’, já que a função das mamas é a mesma para todas das fêmeas das várias espécies de mamíferos, enquanto afastava o macho da espécie humana dessa representação no momento em que Linnaeus define na mesma época o termo “*Homo sapiens*”. Para Schiebinger,

Este termo – homem de sabedoria – foi utilizado para distinguir os humanos de outros primatas (grandes macacos, lêmures e morcegos, por exemplo) [...] De um ponto de vista histórico, contudo, a escolha pelo termo *sapiens* é muito significativa. O homem foi sendo tradicionalmente distinguido dos animais por sua razão; a aposição medieval *animal rationale* proclamava sua singularidade. Assim, dentro da terminologia de Linnaeus, um caráter feminino (os seios que lactam) liga os humanos aos animais irracionais, enquanto uma característica tradicional masculina (a razão) marca a nossa separação dos animais irracionais.²⁵

Desse modo, a história da origem do termo “*mammalia*” nos fornece um outro exemplo de como os

²⁴ “There were also more immediate and pressing political trends that prompted Linnaeus to focus scientific attention on the *mammae*. Linnaeus venerated the maternal breast at a time when doctors and politicians had begun to extol the virtues of mother’s milk [...] Linnaeus was involved in the struggle against wet nursing, a struggle which emerged alongside and in step with political realignments undermining women’s public power and attaching a new value to women’s domestic roles” (SCHIEBINGER, 1994, p. 185, tradução minha).

²⁵ “This term – ‘man of wisdom’ – was used to distinguish humans from other primates (apes, lemurs and bats, for example) [...] From a historical point of view, however, the choice of the term *sapiens* is highly significant. Man had traditionally been distinguished from animals by his reason; the medieval apposition *animal rationale*, proclaimed his uniqueness. Thus, within Linnaeus terminology, a female character (the lactating *mammae*) ties humans to brutes, while a traditional male character (reason) marks our separateness from brutes” (SCHIEBINGER, 1994, p. 191, tradução minha).

conceitos científicos emergem de complexas matrizes culturais e passam a ser naturalizados com o tempo, ofuscando a construção política por trás das mais aparentes categorias constituídas e compartilhadas socialmente.

Levando-se em consideração a representação simbólica das mamas como parte desse processo de construção e fragmentação do corpo feminino, encontrei no texto da fotógrafa inglesa Jo Spence,²⁶ que teve câncer de mama, colocações interessantes sobre a simbologia que envolve os seios em nossas sociedades. A autora observa que a mama está presente em nossa vida desde os primeiros momentos da infância como fonte de alimento e conforto, destacando-se aqui sua função nutricional. Posteriormente, ainda na infância, as meninas são educadas para cobrirem o peito, enquanto os meninos são encorajados a exibi-lo. As bonecas trazem representações sobre as mamas perfeitas, e na televisão, na mídia em geral, na pornografia e na moda encontramos modelos de uma ‘forma ideal’ de corpo feminino com as mamas adequadas.²⁷ No caso da amamentação, Spence lembra que “quando amamentamos nós nos tornamos propriedade da profissão médica que espera que nós preparamos e administremos o seio do modo como é prescrito”.²⁸ Em todos esses momentos, a mama é vista como parte útil à amamentação, à sedução e faz-se com que a parte (mama) represente a pessoa (mulher). Porém, descoberto um câncer na mama, mesmo com toda a carga simbólica que ela carrega desde a infância, à mulher será colocada novamente a questão da fragmentação: agora aquela parte em torno da qual foram sendo construídas as representações para a sua sexualidade, a maternidade e a feminilidade não é mais que uma parte mesmo e, portanto, dispensável.

Os sentimentos gerados de que nosso corpo é meramente um conjunto de partes, e que estas partes são propriedade de outras pessoas, são intensificados pelo tratamento que recebemos dos médicos quando algo dá errado... Se detectarmos um nódulo na mama, espera-se que nós o entreguemos nas mãos do profissional da medicina. O seio que nós aprendemos a associar à nossa sexualidade de repente se torna completamente dispensável.²⁹

Em síntese, a medicina, em diferentes épocas, participou ativamente da construção do corpo feminino e de um modelo feminino ditado ou pensado através da sua biologia, construindo sobre esse corpo funções que passaram a caracterizar a mulher (amamentar, parir), a fragmentar seu corpo nos seus símbolos e a determinar papéis sociais (o cuidado da casa e dos filhos).³⁰ Contudo, a experiência

²⁶ SPENCE, 1995.

²⁷ Lembrando que essa ‘adequação’ é dependente de contextos de referência diferenciados (moda, pornografia, mídia, etc.), cada qual produzindo um modelo de corpo feminino a ser representado como ideal.

²⁸ “when breastfeeding we become the property of the medical profession who expect us to prepare and administer the breast in a prescribed way” (SPENCE, 1995, p. 125, tradução minha).

²⁹ “The feelings generated that our body is merely a set of parts, and those parts are someone else’s property, are intensified by the treatment we receive from doctors when something goes wrong... If we detect a lump on our breast we are expected to hand them over to the medical profession. The breasts that we have learnt to associate with being sexual suddenly becomes utterly dispensable” (SPENCE, 1995, p. 125, tradução minha).

³⁰ Enfatizei a participação da biomedicina neste processo de construção do corpo feminino pelo destaque dado em nossa sociedade aos discursos médicos fundamentados por uma pretensa ‘metodologia científica’ tida como isenta e precisa que é altamente utilizada para validar tais discursos. Porém, outras formas de produção cultural participam desta construção das diferenciações de sexo e gênero tais como as religiões, as artes e a mídia em geral (ver Susana Bornéo FUNCK e Nara WIDHOLZER, 2005).

em campo mostrou uma série de discursos conflitantes com o modelo historicamente construído para o corpo feminino. Ao mesmo tempo que se podia observar discursos e atitudes de constrangimento diante da perda de um símbolo do corpo feminino em decorrência das representações sociais contidas nele, em outros momentos observei uma negação da visão fragmentária desse corpo pelas mulheres, porém certos papéis sociais atribuídos à 'condição feminina' (mãe, dona de casa, esposa), abalados com a experiência do câncer e a mastectomia, revelaram-se ainda muito presentes na percepção das minhas informantes, não exatamente como forma de sujeição e controle, mas ao contrário, como elemento de autonomia no uso do corpo.

A parte e o todo na experiência do câncer de mama

Não podemos negar o impacto que a mastectomia tem sobre a percepção do corpo feminino e o que isso implica na elaboração das identidades sociais da mulher. Porém, após a experiência, novos discursos irão ser elaborados para se alcançar a normalização dessa percepção e a atuação desse corpo. Assim, a princípio percebi nos relatos de minhas informantes o impacto desorganizador trazido pelo câncer e pela mutilação da mama, como elas vivenciaram os estigmas associados às representações do corpo doente e mutilado, principalmente durante o tratamento da quimioterapia, e, posteriormente, como ressignificavam esse corpo, sua imagem e utilização através de afirmações como “sou mais que um peito” ou “sou a mesma pessoa de antes”. Também percebi essa (re)significação no exercício das tarefas cotidianas, numa constante busca da normalização dos usos do corpo em sociedade, observando, sobretudo, a busca de uma identidade positiva no mundo do trabalho, fosse ele remunerado, voluntário ou doméstico.

O impacto desorganizador da enfermidade é sentido desde o primeiro instante com o recebimento do diagnóstico – momento no qual a doença é objetificada – trazendo à tona as representações socioculturais que envolvem o câncer em nossa sociedade, associado quase sempre a uma ‘sentença de morte’:

Olha pra mim, porque foi eu quem encontrou o nódulo tomando banho e aí eu já fui pro médico. Então quando ele fez a biopsia que descobriu, pra mim foi um terremoto! (Dora, 60 anos, grupo Amigas e Amigas).

Eu lembro perfeitamente que, quando eu levei meu resultado pra doutora Simone, quem primeiro viu foi eu, que eu não pego um exame pra não ir bisbilhotar

logo. Aí eu vi o resultado e fui levar, mostrei a ela e perguntei, lembro perfeitamente, "isso quer dizer que é o começo do fim, doutora Simone?" (Conceição, 62 anos, grupo Amigas e Amigas).

No caso do câncer de mama, as relações e ações afetadas pela doença não são passíveis de serem totalmente resolvidas mesmo com a cura, pois a mastectomia é a parte da doença que não passa por significar uma interferência definitiva na estrutura corporal que irá redefinir a maneira de atuação e percepção desse corpo. Do mesmo modo, os cuidados com o braço do lado cirurgiado³¹ vão sempre lembrar a mulher de uma condição física distinta da considerada 'normal' ou 'dada pela natureza'. Mesmo para as mulheres que fazem reconstrução mamária (plástica utilizando tecido e músculos da barriga ou prótese artificial), a transformação em seus corpos ainda vai ser constantemente negociada; é um corpo modificado, reconstruído. Essa questão analisada sob a perspectiva de gênero nos lembra que

O fato de o pênis, de a vagina, de os seios e assim por diante serem denominadas partes sexuais corresponde tanto a uma restrição do corpo erógeno a essas partes como a um todo. Com efeito, a 'unidade' imposta ao corpo pela categoria do sexo é uma 'desunidade', uma fragmentação e compartimentação, uma redução da erotogenia.³²

O corpo feminino está fragmentado nos seus símbolos (mama, vagina), naquilo que o diferencia do corpo masculino. Ao mesmo tempo, esses símbolos 'cercam' a sua identidade enquanto pessoa³³ na valorização daquilo que a define enquanto mulher, sobretudo na nossa sociedade onde existe a celebração do corpo feminino perfeito e erótico.

No entanto, o discurso comum nos grupos de ajuda mútua investigados era o de que "a mulher não se resume a um peito", que o "importante é estar curada". Porém, os assuntos que giravam em torno do corpo, da sexualidade ou da relação conjugal eram sempre abordados de forma tímida e discreta. Havia uma troca maior das experiências sobre o câncer como doença do que sobre a experiência da mastectomia. A vida íntima daquelas que eram casadas era preservada e não se trazia o tema da sexualidade ou do sexo às discussões de maneira contundente.

Das mulheres entrevistadas, algumas disseram que a principal preocupação quando souberam do diagnóstico foi em perder a mama, "ficar defeituosa". Para outras, sobretudo aquelas que eram mães de filhos menores, a principal preocupação era "ficar boa para criar os filhos". Dessa forma, a percepção do câncer e a da mastectomia

³¹ Judith BUTLER, 2003, p. 167.

³³ A categoria "pessoa" aqui utilizada deve ser pensada como dependente de um modelo intelectual relacionado com o direito, a religião, a moralidade e a política, relacionado, em suma, com a cultura produzida por uma e numa sociedade. Marc Augé nos lembra que "pensar o indivíduo equivale sempre a pensá-lo em relação ao outro" (AUGE, 1992, p. 122), já que a pessoa seria um ser relacional e a sua construção realiza-se na interação com os outros dentro de contextos e situações variadas. Categorias como "idade", "gênero", "etnia", "profissão", todas elas estão relacionadas na construção da pessoa, que desse modo figura como entidade imersa numa rede de relações repleta de atribuições e significados.

tomavam valores diferentes a partir de categorias como “idade”, “estado civil” e “família”.

Eu sempre pensei quando o médico disse a mim que se desse benigno bem, se não desse tinha que tirar. Eu disse “fiz doutor, o problema é eu sobreviver, meu problema é viver e criar meus filhos”. Só isso, o resto não importa, marido... (Magna, 52 anos, grupo da FAP).

Eu fiquei assim com medo de ficar defeituosa, né? Foi o que primeiro eu pensei (Dora, 60 anos).

Como parte do processo de experiência da doença, a mastectomia é o elemento constantemente negociado. As mulheres têm de adaptar certos aspectos das suas vidas à ausência de uma das mamas, e em alguns casos das duas. Para escolher uma roupa, ir à praia, ou até mesmo abraçar uma pessoa, todos estes são aspectos da vida da mulher mastectomizada que passam a ser controlados em função da alteração corporal.

Eu notava, antes de eu ser mastectomizada, eu notava que elas não abraçavam muito a gente de frente, era como dissesse assim que a gente abraçava de peito. Eu sentia que elas não encostavam na gente, que era pra gente não sentir que elas não tinham mamas. Hoje quem faz isso sou eu, até porque eu tenho um silicone na mama esquerda e na outra mama eu não tenho mama, na direita (Sonaly, 42 anos, fisioterapeuta fundadora do grupo Amigas e Amigas, solteira, mastectomia bilateral).

Eu sempre gostei de ir à praia e ainda vou [...] Eu mandei fazer esse maiô aqui com essa abertura pra poder colocar a prótese e ele é bem fechadinho. Então eu coloco a prótese e fico tranquila, ninguém percebe nada (Zilma, 63 anos, grupo Amigas e Amigas).

A maioria das minhas informantes pertencia às classes populares e eram donas de casa. Suas atividades cotidianas e repetitivas de lavar roupa, passar, varrer, etc. sofreram limitações após a cirurgia: não se pode torcer roupas pesadas, retirar alimentos de um forno sem proteção, e até mesmo para lavar um copo é preciso cuidado, pois um descuido e um corte profundo podem levar a um linfedema. As atividades de uma dona de casa não serão suprimidas ou impossíveis de serem realizadas após uma mastectomia, mas sofrerão alterações significativas que colocam para a mulher um sentimento de ‘perda’ de autonomia no terreno doméstico que ela controla, de modo que, para muitas dessas mulheres que se colocavam como donas de casa, não poder fazer tudo que faziam (lavar,

passar, cozinhar, varrer) não significava um alívio ou descanso das estafantes atividades do lar, mas antes uma perda, uma inutilização e uma desvalorização de si mesma, e elas lutavam para não se verem nem serem vistas como vítimas ou inúteis, muitas vezes descumprindo ordens médicas nesse processo de negociação dentro dos seus espaços de atuação. Para as donas de casa, a realização das tarefas domésticas aparecia como um sinal de negação ou redução das limitações trazidas pela doença:³⁴

³⁴ Cabe aqui citar a tese de doutorado em Saúde Coletiva de Ruth Helena de CARVALHO, 2007. A autora observou que o maior impacto do câncer de mama para as mulheres das camadas populares por ela pesquisadas estava justamente ligado à gestão das tarefas domésticas cotidianas.

Eu cuido da casa, lavo, passo, faço comida, não fiquei uma inválida, mas cuido pra não forçar muito o braço. Sabe, pegar peso, roupa muito pesada eu peço pra minha irmã lavar (Magna, 52 anos, grupo da FAP).

Em outros momentos, porém, essa normalidade era negociada e o corpo novamente se tornava palco de disputas e resistências, em um novo contexto que revertia o discurso:

O médico do INSS diz que eu posso trabalhar, fazer tudo, que a mãe dele teve essa doença e faz tudo. Aí eu disse "olhe, doutor, eu não conheço sua mãe, eu só sei que o médico que me operou disse que eu não posso trabalhar, eu sou deficiente, o senhor tá vendo aí o atestado dele, ele tá errado por acaso?" É um filho da puta mesmo! Da vontade de tirar o peito [a prótese] e jogar na cara dele, "Tá vendo aí, eu posso trabalhar sem isso?" (Magna, 52 anos, grupo da FAP).

Podemos argumentar que outras mutilações ou doenças crônicas afetariam igualmente o desempenho das atividades profissionais ou domésticas de uma mulher, tais com a perda de um braço ou de uma perna, sendo estas mutilações até mais significativas no que diz respeito às limitações que podem gerar para a prática de certas atividades físicas. Contudo, há na mutilação gerada pelo câncer de mama um diferencial com relação a outras formas de amputações no corpo físico: a mastectomia produz uma 'deficiência' cuja visibilidade é controlada, pois, a princípio, ela não é aparente, não pode ser facilmente identificada e, com isso, legitimada socialmente. A negociação dessa visibilidade do corpo modificado possibilita a muitas mulheres o trânsito seguro nos diversos espaços sociais que ela frequenta sem deixar aparente sua condição de mastectomizada, evitando os confrontos sociais nos quais a revelação de sua diferença física pudesse levar a uma estigmatização, seja por causa da mutilação, seja por causa do câncer enquanto doença associada à morte. Esse poder de negociação é usado pela mulher mastectomizada em

vários momentos de sua trajetória e permite a ela gerenciar e adequar seus discursos e sua percepção sobre o corpo de maneira muito distinta de outros tipos de mutilação. Em certos momentos e situações, a tão almejada ‘normalidade’ era negociada a fim de atender interesses particulares no que diz respeito aos direitos da mulher mastectomizada enquanto paciente oncológico:

Porque a gente depois que tira qualquer coisa do peito é deficiente, eu mudei meus documentos tudinho pra deficiente, pra comprar um carro é a metade do preço, a gente não paga pra trocar placa, não paga imposto, não paga nada (Ruth, 72 anos, grupo Amigas e Amigas).

Dentre as estratégias para a representação e apresentação desse novo corpo, a reconstrução da mama seria uma forma de intervenção cirúrgica que poderia devolver à mulher um corpo feminino mais próximo de sua ‘forma original’. Entretanto, o que observei junto a boa parte das minhas informantes é que a reconstrução, longe de estar cotada como procedimento-chave para recomposição dos corpos mutilados, acabava em muitos casos sendo percebida e sentida como mais uma mutilação (quando realizada com músculos e tecido da barriga) e, de acordo com algumas, representava “um sofrimento inútil”, já que não seria pelo “bem da saúde”, mas da “estética, da vaidade”.³⁵ Como a mama é uma parte do corpo que pode ter sua exposição negociada, muitas mulheres afirmavam que “não ligavam, pois ninguém via mesmo”. Essa posição nos coloca a questão de como o corpo está representado nesse olhar construído do outro que é (ou era) também o olhar delas sobre si mesmas. Contudo, as negociações esbarraram nesse olhar no momento de revelar o corpo intimamente em sua totalidade, qual seja, nas relações sexuais e em situações de maior exposição, tal como ir à praia. Nesse sentido, muitas mulheres, quando mostravam indiferença pela reconstrução, falavam sobre o fato de o parceiro “não ligar pra isso”, “não se importar” antes mesmo de avaliar se elas se importavam ou não, e diziam isso até de maneira jocosa:

O meu nem liga, a parte que interessa pra ele ta lá intacta [risos] (Magna, 52 anos, grupo da FAP).

Nesta questão ele sempre me apoiou, nunca fez questão por isso, eu é que me afastei mesmo, não gosto (Ana, 37 anos, grupo da FAP).

A visibilidade da mama e suas ‘funções utilitárias’ (amamentar e seduzir) funcionavam também como parâmetro para balizar a negação da importância dada

³⁵ Seria interessante lembrar aqui as observações de Luc BOLTANSKI, 1979, sobre a percepção da necessidade médica nas diferentes classes sociais e de que há nas classes trabalhadoras uma crítica àqueles que buscam a medicina “por vaidade”, ou “sem necessidade”, lembrando que essa necessidade seria construída dentro dos grupos sociais e não necessariamente pelo acesso financeiro às técnicas biomédicas.

aos seios, sendo um argumento muito utilizado pelas mulheres que não puderam ou não quiseram fazer uma cirurgia de reconstrução da mama. Se o aspecto ‘funcional’ daquele órgão não existia mais, então para que reconstruí-lo?

Quando o médico disse que eu tinha que fazer umas quatro cirurgias para fazer essa reconstrução, eu disse “mais quatro que eu não faço”. Deixei pra lá, que eu nessa idade não vou mais desfilar, não vou ser miss... (Ruth, 72 anos, divorciada, grupo Amigas e Amigas).

Logo no começo eu perguntei a ele [o médico] se não podia ser tirado só um quadrante. Eu não queria me imaginar sem uma mama, mas depois quando eu saí dali do consultório dele saí pensando “meu Deus, a Bíblia tem um versículo que diz assim: ‘se o teu olho te faz pecar, arranca-o e joga fora, que é melhor você entrar no reino do céu com um olho do que todo o teu corpo ir para o inferno’. Então eu me lembrei desse versículo e comecei a pensar: “eu vou tirar só uma mama, eu já estou com minha idade avançada, eu não vou mais ter filho, eu não vou amamentar mais menino, porque que eu tô chorando aqui por causa dessa mama se eu posso tirar e o Senhor pode me curar?” (Joana, 58 anos, casada, grupo da FAP).

Assim, observei que embora negando sua redução a “um peito”, e com isso refutando a valorização de suas partes em detrimento da sua totalidade enquanto pessoa, as mulheres sujeitos desta pesquisa buscavam constantemente manter certos papéis reconhecidos como femininos na execução dos trabalhos domésticos e dos cuidados com a família, sendo, no entanto, essa prática percebida por elas mais como forma de resistência à doença e às limitações trazidas por ela do que como sujeição a um modelo culturalmente estabelecido, embora em outros momentos elas acabassem recorrendo às funcionalidades culturalmente atribuídas às mamas (amamentação, sedução) para negar sua importância para elas.³⁶

Pensando o trabalho de Nancy Scheper-Hughes e Margaret Lock,³⁷ observei que na experiência do câncer de mama os conceitos abordados pelas autoras de corpo individual, corpo social e corpo político estão interrelacionados. As autoras propõem uma desconstrução dos conceitos fundados sob o corpo nas Ciências Sociais sob três perspectivas: 1) o corpo como fenômeno de experiência individual (o corpo individual); 2) o corpo social; e 3) o corpo político. Esse interessante artigo mostra como os estudos sociais sobre o corpo foram realizados separando-se as três perspectivas, cada uma delas ligada a uma corrente teórica

³⁶ Devo ressaltar aqui que a funcionalidade atribuída aos seios no que diz respeito a sua representação sexual e maternal estava presente no discurso das mulheres com idade superior a 45 anos, que constituem a faixa etária comum afetada pelo câncer de mama na população feminina. Um estudo mais detalhado merece ser feito com mulheres mais jovens que passaram pela mastectomia para entender como a categoria da idade interfere nessa significação dada às mamas pelas suas funcionalidades. No meu universo de pesquisa, apenas uma informante tinha menos de 40 anos.

³⁷ SCHEPER-HUGHES e LOCK, 1987.

e epistemológica (o corpo individual na fenomenologia, o corpo social no estruturalismo e o corpo político no pós-estruturalismo). As autoras pretendem, através de um exame crítico dos conceitos, unir as três concepções (já que indivíduo, sociedade e política caminham juntos) e ainda sugerem um estudo das emoções que avance para além das dicotomias corpo/mente, indivíduo/sociedade, natureza/cultura.

A experiência da mutilação do corpo com a mastectomia, o estigma social do câncer, as limitações físicas (permanentes ou passageiras) trazidas pela doença, a tentativa de normalização dos usos do corpo no exercício do trabalho, seja ele remunerado ou não, as negociações para apresentação desse corpo em sociedade e a reivindicação de direitos a partir das transformações corporais decorrentes do câncer revelavam a concatenação dos elementos individual, social e político na vivência do corpo da mulher que passa pelo câncer de mama. Vale também aqui lembrar o paradigma do *embodiment* desenvolvido por Thomas Csordas,³⁸ que aponta para o corpo como o primeiro lugar onde a experiência com o mundo vivido é objetificada, ‘incorporada’. Segundo o autor, toda experiência no mundo vivido passa pelo corpo e seria nele significada. Na experiência do câncer de mama, esse processo de *embodiment* passa pela percepção que se tem do corpo como unidade constituinte do sujeito, pelas suas representações socialmente apreendidas e, posteriormente, pelas práticas que se desenvolvem após a ‘incorporação’ da doença e a alteração corporal, através das negociações, resistências e recriações sobre esse novo corpo.

Considerações finais

Durante esta pesquisa me vi constantemente diante de questões envolvendo a reconstrução de identidades. Vários aspectos identitários são alterados com o câncer de mama e a mastectomia, desde a identidade feminina, os papéis que ela representa em nossa sociedade (mãe, esposa) e as questões envolvendo a sexualidade, até uma identidade enquanto ‘pessoa doente’, mutilada, as identidades do corpo alterado, identidade enquanto trabalhadora, ‘cancerosa’, etc.

Percebi que entre as mulheres sujeitos desta pesquisa havia uma preocupação maior com a função utilitária da mama (sobretudo para as mulheres das classes populares que foram maioria no campo investigado), que seria menor e inferior a de outros órgãos. As queixas maiores entre essas mulheres eram feitas com relação à limitação de um dos braços, o que para muitas significou a fim de uma vida de

trabalho ou impactou de alguma forma a sua atuação dentro do espaço doméstico. Isso não significa, contudo, que os outros aspectos simbólicos afetados com a perda da mama se anulavam, tais como a sexualidade, maternidade, etc. Pode-se dizer, porém, que eram redimensionados pelos aspectos funcionais. Por outro lado, por tratar-se de uma mutilação que tem sua exposição altamente negociada, a mastectomia coloca para a mulher situações de ambiguidade na percepção e atuação de seu corpo dentro do seu universo relacional. Ao mesmo tempo que a visibilidade controlada da perda da mama permite à mulher gerenciar a informação sobre seu corpo, ela também dificulta a legitimação social das limitações trazidas pela cirurgia.

A unidade do corpo feminino é quebrada com a mastectomia, que o fragmenta em partes, e é preciso repensar esse corpo, atualizá-lo para que ele seja o *mesmo* e *um novo* corpo, modificado, mas ainda o principal e primeiro instrumento que possibilita à pessoa a sua relação com os outros. As identidades sociais da mulher que se descobre com câncer de mama sofrem abalos nos aspectos que vão desde a revelação da doença para os outros, até as mudanças nas relações de trabalho, com a família, etc. Todas essas mudanças na percepção e formação das identidades emanam da alteração do corpo, elemento social e culturalmente construído que tem sua apresentação constrangida com a perda de um elemento ao mesmo tempo físico e simbólico como a mama, portanto duplamente objetivo. Reestruturar o modo de se ver (e essa visão não será sempre positiva nem sempre negativa) é também recolocar-se em atuação, reapresentar-se, bem como representar-se social e simbolicamente. É aqui que nascem os discursos de “vencedora”, de ser “uma nova pessoa”, de ter “recebido uma segunda chance de Deus”, de modo que estar doente/ser doente implica uma série de tomadas de posição e atitudes cujo objetivo principal é recuperar não apenas a saúde do corpo, mas, sobretudo, recuperar a *unidade da pessoa* e suas identidades sociais afetadas pela doença e pela mutilação. Tais elementos identitários, formados e transformados a partir da experiência da doença e das interações sociais, envolve também a ideia de alteridade tal como abordado por Núbia Rodrigues e Carlos Alberto Caroso:

Pode-se dizer que o discurso da identidade está localizado no plano das representações, das aproximações, das comparações e vontades. Construir uma identidade é ao mesmo tempo construir idéia de alteridade, sem a qual a primeira não seria possível.³⁹

³⁹ RODRIGUES e CAROSO, 1998, p. 137.

Essa alteridade, no caso da mulher que vivenciou, ou está vivenciando um câncer de mama, está centrada, sobretudo, no corpo, que, como observou Mauss, seria o “primeiro e o mais natural instrumento do homem”. Além disso, a experiência do câncer de mama leva a mulher a ressignificar o próprio conceito do que é ‘ser mulher’, das atribuições e representações sobre o corpo feminino, e o que ele representa na constituição da sua relação com os outros. Realiza-se aqui, ao mesmo tempo, um movimento de afirmação da continuidade deste ‘ser mulher’ e de negação da sua caracterização através de suas partes anatômicas, simbolicamente constituídas enquanto elementos que caracterizam o feminino. Através da perda da parte, o todo é transformado, colocando a mulher mastectomizada diante de um processo contínuo de reconstrução dessa nova identidade ainda plural, ainda mulher e, com todas as suas ambiguidades, demasiadamente humana.

Referências bibliográficas

- AUGÉ, Marc. “Pessoa”. In: ROMANO, Ruggiero (Dir.). *Encyclopédia Einaudi*. Lisboa: Imprensa Nacional, 1992.
- ARIÈS, Philippe. *História social da criança e da família*. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1978.
- AURELIANO, Waleska de Araújo. *Compartilhando a experiência do câncer de mama: grupos de ajuda mútua e o universo social da mulher mastectomizada em Campina Grande (PB)*. 2006. Dissertação (Mestrado em Sociologia) – Programa de Pós-Graduação em Sociologia, Universidade Federal da Paraíba, Campina Grande, PB.
- BOLTANSKI, Luc. *As classes sociais e o corpo*. Tradução de Regina A. Machado. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.
- BRITO, Thaís Fernanda Salves de. *Clá da cicatriz*. 2001. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) – Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.
- BUTLER, Judith. *Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade*. Tradução de Renato Aguiar. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.
- CANNON, Sue. “Social Research in Stressful Settings: Difficulties for the Sociologist Studying the Treatment of Breast Cancer.” *Sociology of Health and Illness*, v. 11, n. 1, 1989. p. 62-77.
- CARVALHO, Janaína de Cássia. *Corpo feminino e mutilação: um estudo antropológico*. Goiânia, GO: Editora UFG, 2002.
- CARVALHO, Ruth Helena de Souza Britto Ferreira de. *De peito aberto: câncer e gestão do cotidiano entre mulheres*.

2007. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
- CSORDAS, Thomas J. "Embodiment as a Paradigm for Anthropology." *Ethos*, v. 18, n. 1, 1990. p. 5-47.
- _____. "The Body's Career in Anthropology." In: MOORE, Henrietta (ed.). *Anthropological Theory Today*. Cambridge, UK: Polity Press, 1999. p. 172-205.
- DONZELOT, Jacques. *A polícia das famílias*. 2. ed. Tradução de M. T. da Costa Albuquerque. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1986.
- FERNANDES, Ana Fátima Carvalho. *Mulher com câncer de mama: estrutura familiar, cotidianidade e identidade*. 1992. Dissertação (Mestrado em Sociologia) – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza.
- FOUCAULT, Michel. *Vigiar e punir: nascimento da prisão*. Tradução de Raquel Ramalhete. Petrópolis, RJ: Vozes, 1987.
- _____. *Microfísica do poder*. 15. ed. Organização e tradução de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2000.
- FUNCK, Susana Bornéo; WIDHOLZER, Nara (Orgs.). *Gênero em discursos da mídia*. Florianópolis: Ed. Mulheres; Santa Cruz do Sul, RS: EDUNISC, 2005.
- GIBBON, Sahra. "Re-examinando a 'genetização': árvores familiares na genética do câncer de mama". Tradução de Carlos Guilherme O. do Valle. *Política e Trabalho*, Universidade Federal da Paraíba, n. 20, p. 35-60, 2004.
- GOOD, Byron J. *Medicine, Rationality, and Experience*. Cambridge: Cambridge University Press, 1994.
- GORDON, Deborah R. "Embodying Illness, Embodying Cancer." *Culture, Medicine and Psychiatry*, v. 14, 1990. p. 275-297.
- INCA – Instituto Nacional do Câncer. *Controle do câncer de mama: documento do consenso*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: www.inca.org.br.
- KLAWITER, Maren. "Breast Cancer in Two Regimes: The Impact of Social Movements on Illness Experience." *Sociology of Health and Illness*, v. 26, n. 6, 2004. p. 845-874.
- LOCK, Margaret M. "Breast Cancer: Reading the Omens." *Anthropology Today*, v. 14, n. 4, 1998. p. 7-16.
- MARTIN, Emily. *A mulher no corpo: uma análise cultural da reprodução*. Tradução de Júlio Bandeira. Rio de Janeiro: Garamond, 2006.
- MATOS, Maria Izilda Santos de. "Delineando corpos: as representações do feminino e do masculino no discurso médico". In: MATOS, Maria Izilda S. de; SOIHET, Rachel (Orgs.). *O corpo feminino em debate*. São Paulo: Editora UNESP, 2003. p. 107-127.

- MAUSS, Marcel. *Sociologia e antropologia*. São Paulo: Cosac & Naify, 2003.
- PINTO, Michele de Lavra. *Uma andorinha só não faz verão: um estudo antropológico sobre as práticas e motivações do trabalho voluntário na Associação de Voluntárias de Câncer de Mama do Hospital São Lucas em Porto Alegre, RS*. 2001. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) – Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- RODRIGUES, Núbia; CAROSO, Carlos Alberto. “Idéia de ‘sofrimento’ e representação cultural da doença na construção da pessoa”. In: DUARTE, Luiz Fernando Dias; LEAL, Ondina Fachel (Orgs.). *Doença, sofrimento, perturbação: perspectivas etnográficas*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1998. p. 137-149.
- ROHDEN, Fabíola. *Uma ciência da diferença: sexo e gênero na medicina da mulher*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2001.
- SCHEPER-HUGHES, Nancy, and LOCK, Margaret M. “The Mindful Body: A Prolegomenon to Future Work in Medical Anthropology.” *Medical Anthropology Quarterly*, v. 1, n. 1, 1987. p. 6-41.
- SCHIEBINGER, Londa. “Mammals, Primatology, and Sexology.” In: PORTER, Roy, and TEICH, Mikulás (eds.). *Sexual Knowledge, Sexual Science: The History of Attitudes to Sexuality*. New York: Cambridge University Press, 1994. p. 184-209.
- SONTAG, Susan. *A doença como metáfora*. Tradução de Maurício Ramalho. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1984.
- SOUZA, Fabíola Regina Falcossi Gonçalves de. *Estudo sociológico de mulheres com câncer de mama*. 2002. Dissertação (Mestrado em Sociologia) – Universidade Estadual Paulista Julio de Mesquita Filho, Araraquara, SP.
- SPENCE, Jo. *Cultural Sniping: The Art of Transgression*. Routledge: London and New York, 1995.
- VIEIRA, Elisabeth Meloni. *A medicalização do corpo feminino*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002.

[Recebido em junho de 2007
e aceito para publicação em abril de 2008]

"... and God Created Woman": Reconstructing the Female Body in the Breast Cancer Experience

Abstract: After knowing about their illness, women with breast cancer start to deal with new forms of perception of their own bodies, specially when modified by mastectomy (breast surgery). This medical procedure has profound impact in body formation. Considering the symbolic and social representations that involve the woman's body and the association of breasts with femininity, sexuality and maternity, I intend to demonstrate in this article how the idea of a female body and the roles associated with it were historical, social and culturally constructed in our society. I also investigate how the symbolic representations of that female body are perceived and re-elaborated by the woman with breast cancer through (sometimes ambiguous) narratives and perceptions, which are, later, used to understand their body after experiencing the illness. The research was accomplished with women of two groups of mutual aid in the city of Campina Grande, PB.

Key Words: Breast Cancer; Female Body; Woman's Health.